UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 98

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Arthrites suppurées

DU GENOU

par la Mobilisation active immédiate

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1920

PAR

Jean SOLANET

Né à Mende, le 3 juillet 1892

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE DE RÉSERVE

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (2 CITATIONS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
SOUBEYRAN, agr. libre. } *Assesseurs.*
RICHE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ARTHRITES SUPPURÉES DU GENOU

PAR LA MOBILISATION ACTIVE IMMÉDIATE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE **N° 98**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Arthrites suppurées

DU GENOU

par la Mobilisation active immédiate

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1920

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

PAR

Jean SOLANET

Né à Mende, le 3 juillet 1892

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE DE RÉSERVE

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (2 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
SOUBEYRAN, agr. libre. } *Assesseurs.*
RICHE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA (✲)	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✲)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲).
Microbiologie	N. . .
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch.de c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé
Accouchements	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie	WATON ✲ (✲) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD ✲	

Examinateurs de la thèse :

MM. MASSABUAU, profes., *président*.	MM. SOUBEYRAN, professeur agrégé.
ESTOR, professeur.	RICHE, professeur agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour filial.

A MA SŒUR

A MON ONCLE A. GUILLOT

En reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

J. SOLANET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

MESSIEURS LES PROFESSEURS BOSC, FORGUE, ESTOR, GRANEL, RIMBAUD, SOUBEYRAN, JEANBRAU, RICHE ; MONSIEUR LE DOCTEUR DESMONTS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DELMAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LASCOLS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBAL

A TOUS MES AMIS

J. SOLANET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ARTHRITES SUPPURÉES DU GENOU

PAR LA MOBILISATION ACTIVE IMMÉDIATE

INTRODUCTION

A toutes les époques, les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie ont noté la gravité que présentaient les affections purulentes frappant les articulations et plus particulièrement celles du genou. Le grand nombre de plaies articulaires infectées qu'il nous a été donné de voir pendant la guerre a animé cette question d'un renouveau d'actualité, et l'on se rend compte que plus que jamais, elle occupe l'esprit de nos chirurgiens, si l'on en juge par les écrits publiés et le nombre de communications faites aux diverses Sociétés dans le courant de ces dernières années. Ainsi sans trêve l'on recherche les procédés capables, sinon d'éviter d'une façon absolue l'ankylose, adoptée jusqu'alors comme

un moindre mal, capables au moins de préserver le malade ou le blessé d'une résection ou d'une amputation, rendues souvent obligatoires dans les arthrites de guerre, et par l'étendue des dégâts, et sous l'influence des retards forcés de l'action chirurgicale. Deux grands principes ont dominé ces recherches. Le premier consistait à faciliter l'évacuation du pus contenu dans les articulations, à favoriser, à assurer un drainage permanent et efficace supprimant ainsi les résorbptions septiques si néfastes dans leurs effets. Le second comprenait la tâche ingrate de permettre au membre un usage se rapprochant autant que possible de la capacité fonctionnelle normale, et comme l'on sait, cet autant que possible se traduisait le plus souvent par une ankylose en bonne position.

Les moyens classiques employés peuvent se résumer brièvement : drainage par incisions combinées et drains variés, fonction du membre conservée amoindrie par immobilisation, à temps variables, en positions diverses grâce à des appareils métalliques ou plâtrés.

Dans cette étude nous présenterons une méthode qui, pour paraître audacieuse, n'en a pas moins été guidée par les principes énoncés plus haut. Préconisée par M. le professeur Willems, de Gand, elle s'applique à toutes les localisations d'arthrites suppurées et repose sur la mobilisation active immédiate de l'articulation atteinte. Elle paraît avoir donné de bons résultats dans les arthrites purulentes traumatiques qui ont fourni l'occasion d'établir ses règles. A l'heure où par la victoire de nos armes s'est terminé le redoutable conflit, elle pourrait peut-être s'appliquer avec fruit à la pratique civile pour certaines formes de pyarthroses d'origine métastatique. Nous ne connaissons qu'une seule observation de ce genre, aussi, est-ce dans ce but que, grâce à l'obligeance de notre maître M. le profes-

seur Massabuau, nous en apporterons une seconde au débat concourrant ainsi à l'éclairer de notre modeste contribution. Nous essayerons en toute liberté d'esprit de montrer, après son exposé technique, la valeur et les inconvénients de la méthode, laissant à de plus autorisés le soin de juger. Nous ne nous occuperons ici que du genou dont la complexité et la fréquence des lésions seront un garant pour les autres articles des résultats donnés et nous envisagerons les arthrites suppurées autres que les arthrites tuberculeuses pour lesquelles la méthode ferait figure de non sens ou d'hérésie.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS D'ENSEMBLE SUR LES ARTHRITES SUPPURÉES DU GENOU

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET CLASSIFICATION DES ARTHRITES SUPPURÉES DU GENOU

Avant d'aborder les différents moyens chirurgicaux mis actuellement en œuvre pour arrêter et tarir le processus morbide des affections suppuratives du genou, nous ferons un exposé succinct des causes de ces affections, causes multiples, aboutissant au même terme, à une formation de pus dans l'articulation, à une pyarthrose. Nous devons d'abord distinguer deux grandes classes d'arthrites suppurées.

La pénétration des germes microbiens est-elle due à leur apport direct dans l'articulation par un agent traumatisant quelconque : coups de couteau, de baïonnette, morceau de verre, balle, éclat d'obus, etc. Nous aurons affaire à une arthrite traumatique. Les microbes pathogènes ont-ils profité d'une porte d'entrée crée par ces agents, c'est encore une arthrite traumatique. On peut adopter deux modes de classification de ces arthrites : ou bien suivant l'espèce mi-

crobienne trouvée par prélèvement ou ponction dans le pus de l'articulation, ou encore d'après l'aspect sous lequel elles se présentent. Nous ne parlerons pas du premier mode, et ce que nous en dirons pour les arthrites infectieuses comblera cette lacune. Mais voici l'exposé très bref du second. Ce sont:

1° Les arthrites suppurées fermées (orifice d'entrée punctiforme);

2° Les arthrites suppurées largement ouvertes;

3° Les arthrites suppurées fistulisées;

4° Les arthrites suppurées avec lésions osseuses, manifestes et grossières, fractures, broiements, éclatements, ou légères et cachées, fissures, fêlures, etc. Une fissure lointaine provenant, par exemple, d'une fracture du fémur, peut donner naissance à une pyarthrose alors que l'on croit à une simple hydrarthrose.

La seconde classe d'arthrites suppurées embrasse un ensemble de cas variés et complexes, que l'on voit survenir au cours des diverses maladies infectieuses ou même en dehors de toute cause apparente. Ici les germes pathogènes provenant de l'intérieur sont apportés jusqu'à la synoviale. Empruntant la voie sanguine ou lymphatique, ils parviennent jusqu'à elle par embolie vasculaire, et produisent les arthrites dénommées infectieuses, qui ne sont que le résultat de véritables métastases septiques. Pourtant ce n'est pas toujours par sa présence effective que le microbe provoque les réactions infectieuses d'une pyarthrite; il use alors du terrible pouvoir qui lui est donné par les toxines qu'il sécrète, poisons diffusibles largement suffisants pour aboutir à la suppuration. En prenant comme point de départ, la maladie causale, nous distinguerons:

Les arthrites liées à une inflammation de voisinage: phlébites puerpérales ou non, anthrax ou lymphangite propagée, hygroma prérotulien, ostéomyélite du tibia, etc..

Les arthrites rattachées à un érysipèle, à une infection puerpérale, à une blennorrhagie, une angine diphtérique ou non, une pneumonie, une fièvre typhoïde, aux diverses fièvres éruptives, scarlatine, variole, à la grippe, à une ostéomyélite chez les enfants, ou enfin les arthrites dites rhumatoïdes primitives, sans porte d'entrée apparente. Mauclaire a donné une autre classification, se basant sur la nature de l'agent pathogène; elle est intéressante par les déductions thérapeutiques que l'on peut inférer; la gravité d'une suppuration étant en relation avec la virulence de l'agent déterminateur. Nous la reproduisons ici:

1° Arthrites à staphylocoques blancs dont la gravité est généralement moyenne, l'évolution lente;

2° Arthrites à staphylocoques dorés et gravité variable;

3° Arthrites à streptocoques, fréquentes et graves;

4° Arthrites à pneumocoques, bénignes;

5° Arthrites à gonocoques, rarement décelables dans l'article;

6° Arthrites à colibacilles, plutôt bénigne;

7° Arthrites à microbes associés, graves.

Enfin, arthrites paraissant amicrobiennes.

Grâce aux procédés de laboratoire et de diagnostic clinique, on peut faire rentrer dans ces deux catégories la plupart des observations d'arthrites et cependant, à l'heure présente, un nombre trop grand d'entre elles demeure encore d'origine douteuse. Evidemment, le microscope nous révèle la nature des micro-organismes contenus dans le pus articulaire; bien souvent cela ne nous dit pourtant pas quelle en est la cause de leur localisation, le motif de leur développement et leur voie d'accès dans l'organisme, toutes choses qui conservent leur inconnue.

Cette parenthèse fermée, nous pouvons en résumé énoncer que toutes les maladies générales infectieuses sont ap-

tes à donner des métastases articulaires, mais que ce n'est point toujours que l'on retrouve le microbe de l'affection causale ; qu'alors celui-ci se contente en amoindrissant notre résistance de permettre aux agents ordinaires de la suppuration d'envahir le torrent circulatoire, profitant parfois pour cela d'une porte d'entrée spéciale, et c'est ainsi que les arthrites purulentes de la diphtérie sont à streptocoques, celles de la fièvre typhoïde à staphylocoques ou colibacilles, mais jamais à bacille d'Eberth.

CHAPITRE II

Etude clinique et évolution des arthrites suppurées du genou

Nous consacrerons ce chapitre à dépeindre brièvement l'évolution des lésions articulaires sous l'influence des agents pyogènes et l'allure clinique que nous présente ces lésions. Abandonnée à elle-même, quels sont les dégâts anatomiques résultant de l'évolution de l'infection? La synoviale nous apparaît dépolie, ses parois épaissies et lardacées sont recouvertes de coagulations fibrineuses et purulentes, plus tard, cette purulence s'accentue, l'infiltration puriforme a gagné toute la séreuse dont les moindres replis sont gorgés de produits infectieux. Les cartilages d'abord amincis, à surfaces craquelés, finissent par disparaître par place, représentant les mers d'une carte en relief. Par leurs ulcérations, ils découvrent les surfaces osseuses, rougeâtres et spongieuses; celles-ci dont les travées sont devenues friables et molles, cèdent facilement à l'instrument qui les curette. Les tissus péri-articulaires sont distendus par un œdème progressivement envahisseur; sous la compression du tissu conjonctif, périsynovial, des fusées purulentes gagnent des régions éloignées de l'articulation, provoquant vers la cuisse ou le mollet, des décollements profonds; ce sont les abcès arthrifluents.

Les symptômes cliniques sont trop connus pour y insis-

ter. Le gonflement avec rougeur, fluctuation, douleur spontanée, augmentée par la pression, effacement des méplats articulaires, tels sont les signes locaux. Autrement intéressante est l'attitude vicieuse, compliquée d'atrophie, vers laquelle, en dehors de tout traitement, tend fatalement le membre touché.

Constante dans sa forme pour une même articulation, cette attitude nous est expliquée comme représentant le maximum de capacité articulaire et par l'état de moindre tension intra-articulaire d'où sédation relative de la douleur. Malheureusement cette attitude, pour le genou, flexion progressive de la jambe sur la cuisse, est vicieuse et conduirait le sujet à une incapacité fonctionnelle absolue; aussi est-ce contre elle que tendront les efforts du chirurgien.

Envisageant maintenant la question au point de vue purement clinique, on peut dire que l'évolution des arthrites suppurées du genou n'est pas uniforme; l'ouverture spontanée a pu, bien que rarement, amener la guérison. Bien souvent, on doit considérer comme un heureux résultat l'ankylose rectiligne, car il est facile de comprendre qu'en se réparant, les lésions osseuses et les ulcérations cartilagineuses amènent la fusion osseuse des surfaces articulaires, cependant que les parties fibreuses épaissies contractent des adhérences. Encore faut-il parfois se résoudre à l'amputation.

L'étude de cette évolution locale ne serait pas complète si l'on n'en voyait les rapports avec l'état général du malade ou blessé.

Dans les arthrites infectieuses, il arrive souvent que la première place est tenue par la maladie causale dominant le tableau clinique, l'arthrite n'étant qu'un épiphénomène, important sans doute, mais secondaire au point de vue vi-

tal. Citons les arthrites de l'infection puerpérale, les arthrites à marche septicémique où l'infection générale prime tout, réduisant à néant la valeur d'une action locale. On interviendra avec plus de succès dans les cas où la métastase locale occupera à peu près le même plan d'importance que l'infection déterminante, telles sont les arthrites de la convalescence de pneumonie. Enfin, dans un troisième type c'est à la lésion locale que revient la prépondérance, un exemple en est réalisé par l'arthrite purulente blennorrhagique.

Il en est de même pour les arthrites traumatiques qui voient, elles aussi, des formes septicémiques suraiguës dont la mort est la terminaison habituelle. Un épanchement variable de pus s'accompagnant de symptômes généraux très graves, température à 40°-41°, avec grandes oscillations, des traits altérés, de grands frissons, une diarrhée fétide, ne laisse aucun doute sur l'issue fatale. Plus fréquentes sont les arthrites de gravité moyenne. Ici les phénomènes locaux dominent la scène : la synoviale est rapidement distendue par une abondante production de pus ; il y a de la rougeur, de l'œdème, une fluctuation marquée, une douleur intolérable qui, au moindre mouvement, arrache des cris au patient, la fièvre est à 40° ; on retrouve bien quelques frissons, de l'insomnie, une langue sèche, mais plus ce facies grippé, cette diarrhée profuse et fétide, ces vomissements incoercibles signes d'une septicémie d'emblée. A côté de ces formes on en trouve d'autres dont la bénignité se manifeste par un empâtement moindre, une distension et une douleur modérées, une température nulle ou ne dépassant pas 38°.

Naturellement, nous pouvons facilement déduire de ce qui précède que seuls nous intéressent les cas où prédominent les lésions locales. Armé contre elles, le chirurgien

ne peut que constater son impuissance quand l'emporte la septicémie. Peut-être la verrons-nous un jour vaincue par les progrès bactériologiques qui opposeront alors à chaque espèce un sérum approprié.

CHAPITRE III

Traitement des arthrites suppurées du genou par les diverses méthodes classiques

Abordant maintenant les moyens de traiter les arthrites suppurées du genou, nous pouvons d'abord poser cet axiome, que toute articulation où l'on constate du pus relève de la chirurgie. Nous ne discuterons pas les divers procédés techniques et post-opératoires, nous bornant à les énumérer en essayant pour chacun d'eux de mettre en relief ce qui en fait le caractère ou l'originalité.

En réalité, deux méthodes restent seules en présence, ce sont l'arthrotomie et la résection, lorsque l'amputation ne s'impose pas. De moins en moins employée, la résection fut vivement défendue par Chaput qui la considère comme le procédé de choix et n'utilise l'arthrotomie en dehors des arthrites bénignes que dans les cas où l'état général est trop mauvais; il pratique alors l'arthrotomie en U, accompagnée de l'ablation de la rotule. Pour cette forme à tendance septicémique, Delagénière estime suffisante pour un bon nettoyage de l'article, l'arthrotomie transversale sectionnant le tendon rotulien. Bien que cette résection ait eu son heure de succès, supprimer une articulation pour la drainer paraît un peu excessif. Aussi l'arthrotomie précoce est-elle considérée à l'heure actuelle comme le premier temps obligatoire du traitement de l'arthrite suppurée du

genou. Pourtant on se contentait encore quelquefois, dans des arthrites particulièrement bénignes de pratiquer par la ponction l'évacuation du contenu septique. Utilisant un gros trocart, faite au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital, suivie de lavages et de l'immobilisation, la ponction des pyarthroses a pu réussir à amener leur guérison.

Mais ces guérisons ne s'expliquent-elles pas plutôt par le peu de virulence probable des agents pathogènes causes de l'infection?

Avant de décrire cette arthrotomie dont la fortune est assurée, citons pour mémoire l'arthrectomie, terme moyen entre l'arthrotomie et la résection, utilisée en cas de gros délabrements cartilagineux, et qui procède à l'enlèvement de la synoviale, des ligaments croisés et de ces cartilages. Citons encore la synovectomie qui, par une incision en H, permet d'extirper la synoviale sans toucher à l'appareil ligamentaire et à ces mêmes cartilages.

Qu'est-ce donc que l'arthrotomie? Ce mot se suffit à lui-même, puisqu'il signifie: ouverture de l'articulation; mais on peut ouvrir de bien des façons. Pourtant dans un but unique, toutes visent à résoudre le plus utilement possible le grand problème du drainage, favorisant l'écoulement du pus, qui, par sa rétention, produirait des désordres graves. Le procédé le plus couramment employé consiste à ouvrir l'article, synoviale comprise, par deux incisions parallèles à l'axe du membre, externe et interne, à un demi-travers de doigt des bords rotuliens, en avant des ligaments latéraux. Des contre-ouvertures postérieures assurent le drainage des parties les plus déclives, traversant en dedans les muscles de la patte d'oie, situées en dehors, au-dessus du tendon du biceps. Elles sont appellées incisions de décharge d'Ollier ou incisions de Kauffmann.

Laissées à elles-mêmes, ces grandes incisions latérales

et postérieures tendraient très vite à voir leurs bords s'accoler, annihilant l'effort tenté pour évacuer en permanence le liquide purulent qui se reforme dans l'article. On atteint ce but par de gros drains, au nombre de trois, deux latéraux et un antéro-supérieur qui maintiennent béantes les lèvres de ces plaies artificielles. On y ajoutait quelquefois un drainage poplité; celui-ci, par ses rapports trop intimes avec les vaisseaux de même nom, qu'il risquait d'ulcérer, s'est vu graduellement abandonné de ses défenseurs. Pour lutter contre la flexion, on immobilise en extension dans une gouttière métallique permettant le renouvellement du pansement, et, ce n'est qu'un mois après que l'on cherche à mobiliser le membre dont l'ankylose complète est déjà un fait presque accompli.

Jaboulay, par une autre méthode, ouvrait presque exclusivement le cul-de-sac sous-quadricipital par une boutonnière cutanéo-tendineuse, médiane et verticale, de deux doigts de long et descendant jusqu'à un centimètre du rebord supérieur rotulien, incisant le tendon du quadriceps et la synoviale très mince qui lui est intimément accolée. Détergeant la cavité articulaire par une injection modificatrice, solution iodo-iodurée ou eau oxygénée, il conduisait ensuite par l'ouverture qui ne pouvait ainsi se refermer, un drain à parois épaisses jusqu'à l'un ou l'autre des culs-de-sacs latéraux, jamais sous la rotule. Puis, pour donner à sa méthode toute son efficacité, il immobilisait, au moyen de coussins, le membre dans une élévation permanente à 45°, en rectitude dans une gouttière plâtrée postérieure, un vaste cerceau soulevant les couvertures. Devenu le point déclive, l'orifice quadricipital laissait donc s'écouler, en vertu de la pesanteur, les sécrétions articulaires. Ingénieux, ce drainage peut être suffisant dans quelques formes légères; nous pensons avec Jalaguier que ce

mode d'ouverture pourrait utilement se surajouter à la combinaison des quatre incisions, favorisant ainsi au maximum l'écoulement purulent.

M. Tixier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon a cherché à isoler la cavité articulaire infectée des tissus qui l'entourent espérant éviter cette diffusion de la suppuration que sont les abcès arthrifluents. La mise en pratique de cette idée est réalisée par l'arthrostomie. Deux petites incisions latérales externe et interne livrant passage à deux drains ressortant par une unique incision quadricipitale, voici l'œuvre du bistouri. Un surjet au catgut n° 1 adosse la séreuse à la peau et transforme en véritables bouches articulaires les trois orifices. Puis reprenant la méthode de Jaboulay, le membre dans un pansement ouaté, est immobilisé en position élevée permanente, en gouttière métallique, et, comme toujours, les drains sont retirés au complet tarissement de l'épanchement.

Chaput s'est élevé contre le drainage tubulaire, et conseille un nouveau mode de drainage, le drainage filiforme, reposant sur l'utilisation de crins de Florence, fils métalliques, bougies uréthrales pleines de 3 à 7 millimètres de diamètre.

Le traitement des plaies de guerre n'a pas été sans influence sur le traitement des arthrites et l'irrigation discontinue, associée à un des procédés ci-dessus est rentrée pour une large part dans les soins post-opératoires. Seulement là, plus que partout, en raison des replis et diverticules nombreux de notre séreuse, il était difficile de l'appliquer; les parois osseuses voilant les lumières des tubes irrigateurs, les comprimant parfois jusqu'à leur fermeture absolue.

M. Patel a proposé, dans une heureuse innovation, de compléter l'arthrotomie par une manœuvre destinée à

maintenir en suspension la rotule, en évitant ainsi toute compression osseuse. Un fil métallique passé au-dessous du tendon quadricipital, au ras de la base de la rotule, et fixé à un arceau métallique qui protège le membre immobilisé à 45° dans une gouttière, établit ce mécanisme. On conçoit alors la facilité que l'on a à faire circuler dans l'article un liquide quelconque, liquide de Dakin ou éther.

En résumé, nous voyons que tous ces modes de traitement se réunissent sur un même terrain : drainage artificiel et immobilisation plus ou moins longue. Pourtant quelques voix s'élèvent pour insister sur la nécessité de la mobilisation précoce et plusieurs communications sur les résultats éloignés des arthrotomies du genou parlent aux lieu et place des gouttières et appareils plâtrés d'une immobilisation par attelles, attelles de zinc ou attelles de Bœckel dont le port disent-elles ne sera pas prolongé.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ARTHRITES SUPPURÉES DU GENOU PAR LA MOBILISATION ACTIVE IMMEDIATE

CHAPITRE PREMIER

Etude historique et théorique de la méthode

Déjà appliquée par son auteur, le professeur Willems, de Gand, aux affections articulaires autres que les arthrites suppurées, elle avait vu successivement son cadre comprendre les simples épanchements de synovie, les hydrarthroses, puis les épanchements sanguins intra-articulaires, les hémarthroses, puis les cas de corps étrangers du genou si fréquents et enfin, dès 1917, les plaies articulaires non infectées dont la guerre a fourni tant de spécimens aussi remarquables par leur gravité que par les infirmités qu'elles ont occasionné. C'e n'est qu'en 1918 que Willems eut l'heureuse inspiration de l'étendre aux arthrites suppurées traumatiques et, dès cette époque, poussés par son exemple, nombreux furent les chirurgiens qui, avec plus ou moins de réserve le suivirent dans cette voie. Son but principal n'était alors que de remplacer par un drainage automatique naturel les procédés décrits précédemment. Estimant

la guérison par ankylose comme un résultat favorable, il recherchait ce seul drainage et ce fut, pour lui, une agréable surprise de voir qu'il obtenait aussi le maintien de la mobilité.

Cette méthode d'innovation si récente complète l'arthrotomie classique; elle repose sur un moyen fort simple, la mobilisation active immédiate de l'articulation largement arthrotomisée.

En mobilisant ainsi activement, précocément et d'une façon continue, on amène, dit Willems, mieux que ne le ferait le meilleur drainage par mèches ou drains, l'expulsion totale du pus, hors de la synoviale infectée. On peut expérimentalement faire la preuve de ce drainage. Il est facile, après les incisions pararotuliennes verticales, d'apercevoir en partie la cavité articulaire et la surface tomenteuse de la synoviale, au travers des lèvres entrebaillées de la plaie par un pincement de la peau, qui ainsi sépare la rotule des condyles fémoraux. Faisons faire au blessé les mouvements ordinaires de flexion et d'extension de la jambe. On se rend compte qu'après s'être accolées, les surfaces séreuses glissent l'une sur l'autre, expulsant le pus au travers des orifices de sortie, d'où il s'échappe brutalement s'il est en grande quantité ou dans un lent suintement s'il se trouve peu abondant. Après plusieurs de ces mouvements, pourvu que leur amplitude soit assez étendue, on constate que tout le pus a été chassé de l'articulation.

Le glissement des surfaces synoviales aidé de la contraction musculaire, a donc suffi pour exprimer le pus et et éloigner la pensée de toute rétention. Par l'extension s'échappe le pus comprimé entre les surfaces osseuses articulaires; l'expression des diverticules latéraux et sous-quadricipital relève surtout de la flexion. Naturellement, plus les mouvements se rapprochent de la ligne droite, ou pour

la flexion de l'angle aigu et mieux est vidé l'article. Aux deux temps de cette expression active, correspondent deux compartiments articulaires, dont l'un est supérieur avec les culs-de-sacs synoviaux et l'autre inférieur avec l'interligne. On peut retirer de cette expérience plusieurs conclusions utiles : faire une arthrotomie longue dont les extrémités d'incision dépasseront le cul-de-sac sous-quadricipital en haut et l'interligne en bas ; arriver le plus tôt possible à la limite d'excursion des mouvements, et, enfin, comme il a déjà été dit pour les suites d'arthrotomies ordinaires, maintenir béantes dans toute leur intégrité et leur étendue les lignes d'incision. Faute de quoi, on peut se trouver exposé à voir une rétention de pus.

Après avoir montré quelles sont les bases sur lesquelles reposent cette méthode, nous allons dans le chapitre suivant, en donner la technique. Au premier abord, on demeure sceptique sur la possibilité d'exécution de cette mobilisation active dans une arthrite suppurée ouverte. Pourtant, comme nous le verrons par la suite, elle est parfaitement applicable avec la même facilité qu'elle rencontre dans les lésions articulaires non infectées.

CHAPITRE II

Technique de la méthode de Willems

Cette méthode ne commence son exécution que comme temps post-opératoire, succédant à une arthrotomie. Quelle sorte d'arthrotomie choisit-on ? Toujours suffisante, l'arthrotomie verticale linéaire bilatérale ne fera qu'exceptionnellemennt place à une arthrotomie unilatérale, et alors externe, ceci dans les formes à suppuration limitée. Il est manifeste que jamais ne devra être employée l'arthrotomie en fer à cheval, sectionnant le tendon rotulien, qui, de toute évidence, rendrait la mobilisation inexécutable. Etablissons maintenant les règles qui doivent la diriger et dont la rigoureuse observation demeure un facteur de succès. Ces règles sont en partie contenues dans le titre même du procédé: mobilisation active immédiate. La mobilisation doit être active, c'est-à-dire exécutée par le patient lui-même au moyen du jeu de son appareil musculaire. Chaque muscle ou groupe de muscles concourant au déplacement normal du membre doit participer au mouvement pour en assurer l'amplitude physiologique. La flexion et l'extension sont pour le genou les seuls mouvements normaux; ils sont donc les seuls à faire accomplir alternativement au malade. La mobilisation passive ne doit jamais être substituée à la mobilisation active. Il serait même nuisible dans le but d'ajouter à l'excursion des mouvements, de compléter par une

mobilisation passive les mouvements actifs. Willems dit en avoir eu des résultats déplorables, poussées inflammatoires, irruption dans la séreuse d'une collection périarticulaire, etc., cherchant à gagner du temps, on arriverait au résultat opposé qui serait de retarder la guérison. L'explication en serait en ce que cette mobilisation passive, ne s'adresserait, ni à la nutrition du membre, ni à l'énergie motrice du muscle. Ainsi donc la mobilisation sera active ; elle doit encore être immédiate, ce mot étant pris au pied de la lettre, ce qui signifie qu'à peine sorti des vapeurs de l'éther ou du chloroforme, le sujet commencera à remuer sa jambe. Cette rapidité d'action ne tolérant ni repos de quelques heures ou de quelques jours, comme l'on tendrait à le faire, paraît indispensable à l'auteur de la méthode ; les résultats fonctionnels obtenus seraient bien supérieurs à ceux qui résulteraient d'une mobilisation précoce pratiquée après une immobilisation temporaire, mobilisation constituant tout de même un progrès sur l'immobilisation. Ils auraient comme cause de succès l'avantage qu'il y a à lutter dès la première minute contre l'atrophie du quadriceps, dont la rapidité d'apparition et la tendance à la permanence, une fois constituée sont bien connues.

Comme troisième et quatrième directive, Willems demande que la mobilisation atteigne l'ampleur maximum des mouvements demandés, et que ces mouvements soient répétés le plus fréquemment possible. Ils devraient même théoriquement être effectués sans interruption, ne cédant qu'à la fatigue, qui, pourtant, ne peut nuire en aucune façon. Il faut au moins obtenir, et c'est une des conditions essentielles du succès, que l'article ne reste que très peu de temps dans une même position.

Pour le premier mouvement, au sortir du sommeil anesthésique, l'opéré refusera d'exécuter ce qu'on lui demande

et qu'il croit impossible; l'appréhension de cette douleur ne sera vaincue qu'avec beaucoup de patience et d'énergie de la part de l'entourage, qui s'efforcera de faire comprendre, que ces mouvements sont nécessaires et qu'il est utile de les porter au maximum de leur excursion jusqu'à la normale, ce que l'on doit arriver à obtenir le plus tôt possible, mais que l'on aura jamais la première fois.

Le moment le plus pénible est le soulèvement du talon, la jambe relevée en bloc, la flexion et l'extension deviendraient facile. Le sujet n'exécutera volontiers les mouvements que lorsqu'il se sera rendu vraiment compte qu'ils ne sont pas douloureux. Pour qu'il n'invoque pas la gêne d'un pansement trop serré, on aura soin de réduire celui-ci au plus petit volume possible, le renouvelant à mesure qu'il s'imbibe, nettoyant les alentours de la plaie sans jamais y pénétrer. Ce traitement ne nécessite l'emploi d'aucun autre moyen de drainage; la mobilisation suffit à tous les besoins de l'articulation. Il est incontestable qu'elle demande au malade un effort continu, une énergie de tous les instants. Le personnel chargé de l'appliquer devra, lui aussi, faire preuve de constance et de fermeté, raisonnant le malade, l'invitant à chaque minute à reprendre ses exercices et l'influence de cette surveillance se fera vite sentir dans les effets. Bien que l'amplitude des mouvements dépende pour une part de la nature de l'arthrite et de l'étendue des dégâts, Willems considère le facteur individuel comme prépondérant pour une réussite complète. Prenant deux hommes porteurs de lésions similaires, dont l'un courageux et énergique exécutera de bon cœur ce qui lui est demandé, et l'autre, douillet et timoré, ne cédera qu'à des encouragements perpétuels, il est certain, et de beaucoup, que c'est chez le premier que seront constatés les progrès satisfaisants. En dehors de la volonté psychique, ce fac-

teur comprend encore une autre cause, l'habileté propre à chacun dans l'exécution du mouvement. Tandis que les uns commandent sans peine aux muscles qui doivent entrer en action, le quadriceps par exemple, d'autres ne peuvent arriver à le contracter, se raidissant en efforts variés et inutiles. D'ailleurs, de même que la douleur d'une ampoule s'atténue pendant une marche, de même le mouvement devient plus facile quand il est exécuté plusieurs fois. Inversement au réveil, enraidie par le repos, l'articulation ne sera mobilisée qu'avec peine mais retrouvera vite sa souplesse. La marche est autorisée bien avant la cicatrisation définitive et il est curieux de voir se promener des malades dont l'articulation projette un peu de pus à chaque pas.

Enfin, pour terminer cette description technique, nous la résumerons avec Willems en une formule simple : mobilisation active, immédiate, maxima et ininterrompue.

CHAPITRE III

Observation Première

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Massabuau, recueillie dans son service).

B..., âgé de 21 ans, entre dans le service, salle Lallemand, le 27 décembre 1919. Pas de rhumatisme antérieur, jamais de gonococcie. Un mois auparavant environ, le malade descendait un escalier portant sur son dos un lit; il a fait un faux pas, est tombé à genoux. Il a pu se relever seul et a continué son travail. Quelques jours après, un gonflement du genou gauche est apparu. Malgré ce gonflement, il a continué son service pendant quinze jours, puis l'augmentation de volume et les douleurs s'aggravant, il est envoyé à l'hôpital.

A son entrée, on constate que le genou gauche est augmenté de volume et très rouge, principalement au niveau du cul-de-sac sous-tricipital et sur les parties latérales de la rotule : empâtement diffus au niveau de l'extrémité supérieure de la jambe et œdème dans la région du tibia. L'articulation est chaude. A la palpation, on perçoit le choc rotulien et de la fluctuation au niveau du cul-de-sac sous-tricipital fortement tendu. Douleur spontanée très vive sous forme d'élancements. La température s'élève à 39° le soir avec de grandes oscillations. Pouls, 120. Troubles digestifs; diarrhée.

Diagnostic. — Arthrite suppurée du genou gauche.

Intervention le 5 janvier 1920, arthrotomie du genou: deux incisions latéro-rotuliennes; une incision au niveau du point le plus élevé du cul-de-sac sous-quadricipital. Il s'écoule un pus jaunâtre et bien lié: drainage. L'examen du pus pratiqué au labarotaire de clinique de l'Hôpital Suburbain, examen de frottis et de cultures, à révélé la présence de staphylocoque pur.

Suites opératoires. — La mobilisation de l'articulation est commencée le deuxième jour après l'opération. Au début, mobilisation passive très légère en laissant les drains à demeure. Au huitième jour, la mobilisation active est commencée. Les drains sont laissés en place quinze jours environ; séances de mobilisation quotidienne. La mobilisation détermine l'expression de l'article et l'issue à chaque séance d'une quantité de pus qui diminue progressivement Le 20 janvier, le malade présente une élévation thermique à 39°8, accompagnée de lymphangite autour de la plaie et d'une certaine adénite inguinale. Applications humides; la mobilisation est suspendue pendant huit à dix jours. Le malade avait commencé à se lever douze jours après l'opération. La cicatrisation est définitive le 1er février. Actuellement, on constate: le genou gauche est encore un peu augmenté de volume, l'atrophie de 2 centimètres au quadriceps. Le mouvement passif de flexion dépasse l'angle droit, le mouvement actif arrive à l'angle droit, le mouvement d'extension est normal. Le malade commence à marcher avec une canne.

Observation II

(P. Willems)

L. H..., blessé le 4 décembre 1917: plaies multiples par éclats d'obus aux membres et à la paroi abdominale. Un projectile situé dans le creux poplité provoque une ar-

thrite suppurée trois semaines après l'entrée. Arthrotomie bilatérale sans drainage ni lavage, le pus renferme du diplocoque. Mobilisation active immédiate. Le deuxième jour, la flexion atteint l'angle droit, l'extension est complète, la température peu élevée. Vers la septième semaine, la suppuration ayant beaucoup diminué, les plaies d'arthrotomie sont partiellement suturées. Deux mois et demi après, la cicatrisation est achevée, l'extension est complète, la flexion très étendue, la marche faible sans claudication.

Observation III

(Dr Masmonteil, malade de M. Raoul Baudet)

B..., âgée de 36 ans, entré à Bichat, le 12 avril 1919. Pas de traumatisme du genou, aucune infection générale. Le 9 avril, le genou enfle et devient douloureux; le 12, à l'examen clinique genou droit distendu, mouvements provoqués atrocement douloureux, impotence complète, cuisse déjà atrophiée, température entre 39 et 40°; pouls, 120; arthrotomie le jour de l'entrée. Une courte incision encadrant l'angle supéro-externe de la rotule, donne issue à un pus crèmeux, blanc jaunâtre, mais qui ne put être malheureusement examiné; puis la synoviale est fixée à la peau par quatre crins, la température se maintient pendant quatre jours à 38°5 ; le cinquième on mobilise doucement après avoir gagné la confiance du malade, on fléchit de 30°; alors on lui demande de le faire elle-même, ce qu'elle exécute avec appréhension sans trop de douleur, à chaque fois du pus jaillit de l'article. Les jours suivants on continue la mobilisation active par des séances courtes, quotidiennes, puis plus longues et plus fréquentes, quatre par vingt-quatre heures au bout de trois semaines. La malade quitte

l'hôpital marchant parfaitemennt et fléchissant au-delà de 135° et s'accroupissant sur les talons.

Deux faits dominent l'observation, l'arthrotomie précoce et la mobilisation active; la fièvre est tombée dès que l'écoulement du pus a été régularisé; la mobilisation passive a été adoptée pour vaincre la pusillanimité du sujet; au bout d'un mois le résultat était excellent. Ce cas est intéressant parce qu'il porte nettement sur une arthrite infectieuse et que le drainage fut confié à la seule mobilisation.

CHAPITRE IV

Résultats et Discussion

Réservant pour la fin l'examen des résultats obtenus, nous discernerons d'abord comment se comportent l'articulation et l'organisme sous l'influence de ce traitement et les petits incidents qu'il peut provoquer. La suppuration subit la même évolution que dans les arthrites immobilisées; copieuse après l'arthrotomie, elle diminue peu à peu de volume pour se tarir complètement, au bout d'un temps variable mais toujours très long, plusieurs semaines. La synoviale rouge, tomenteuse et boursouflée se continue avec les plaies opératoires qui bourgeonnent de bonne heure et donnent au genou un aspect globulaire. Les tissus périarticulaires ne présentent pas l'infiltration si couramment observée dans l'immobilisation, et gardent toute leur souplesse. Mais le fait le plus remarquable consiste, dans l'intégrité des cartilages qui montrent des surfaces intactes et non ces ulcérations propices à l'ankylose. Comme toujours les angles des incisions tendent à se refermer trop vite, à fusionner spontanément jusqu'à la cicatrisation complète et définitive. Willems trouve qu'il y a intérêt à prévenir cette cicatrisation; il suture secondairement la première des incisions qui donne le moins, puis partiellement la seconde, et croit ainsi éviter une propension à l'enraidissement. C'est du reste au drainage parfait de l'arti-

cle, assuré par la mobilisation que revient une grande part de l'efficacité de la méthode. Grâce à lui on ne voit pas de ces abcès arthrifluents péri-articulaires ou de ces collections purulentes fusant vers la cuisse puisqu'il permet à l'infection de demeurer cantonnée à la séreuse ; grâce à lui, la température n'atteint plus des 40°-41°, la courbe peut ne jamais dépasser 38°, si elle le fait on se trouve en présence de rétention septique due à des mouvements trop limités, à des incisions trop courtes ; cette hausse cesse avec la cause et il est même assez fréquent de voir évoluer l'affection dans une complète apyrexie. Grâce à lui encore, et comme conséquence de la faible réaction thermique, l'état général se conserve bon, sans amaigrissement, avec la conservation de toutes les fonctions organiques, ce qui préserve le malade de l'aspect lamentable que nous offrent les grands infectés.

A côté des précieux effets du drainage, nous dirons ceux qui résultent de la mobilisation elle-même. Entretenant la fonction du membre, elle s'oppose presque complètement à l'atrophie musculaire en excitant la nutrition, puis et surtout, par la souplesse qu'elle conserve à l'articulation, elle empêche l'organisation d'adhérences et maintient définitivement cette fonction et les mouvements qui normalement, lui sont propres. Willems affirme, et nous ne le suivrons pas sur ce point, que quel que soit le microbe causal et la gravité clinique, l'ankylose peut toujours être évitée, que, dans la majorité des cas, la mobilité sera complète avec rarement un peu de déchet dans la flexion ou l'extension. Il fait du reste remarquer que sa méthode n'a pas pour seul but de rétablir les mouvements normaux mais l'intégrité fonctionnelle totale qui, en plus de ces mouvements comporte, pour permettre la marche, la résistance à la pression effectuée par le poids du corps sur chaque plateau tibial.

Comme incidents, on peut, vers la fin du traitement, voir survenir sans cause notoire, brusquement une tuméfaction douloureuse avec épanchement, légère élévation de température et impotence absolue ; la ponction ramène un liquide séreux et les phénomènes s'amendent aussi vite qu'ils sont venus. Ces réactions inflammatoires doivent être notées pour que l'on n'ait point recours à une nouvelle opération qui demeurerait sans profit.

Envisageant maintenant les résultats, nous voyons qu'au 19 juin 1918, l'observation de Willems n'avait porté que sur onze cas d'arthrites suppurées du genou. Il avait obtenu sept guérisons parfaites, trois ankyloses et une résection. Cette dernière avait été rendue obligatoire chez un blessé de guerre porteur d'une destruction étendue des parties molles avec délabrements épiphysaires ; les trois ankyloses sont survenues dans deux arthrites compliquées de disparition ligamentaire et la troisième chez un sujet où la mobilisation abandonnée prématurément, n'avait pas été faite suivant les règles données. Aucun des résultats imparfaits ne pourrait dit-il être imputé à la méthode.

A. Depage et L. Delrez ont publié six observations à l'appui de cette dernière. Ils attirent l'attention sur quelques points que voici : il est indispensable que la mobilisation soit active et non passive, la tension intra-articulaire produite par la contraction musculaire, facilitant dans la flexion l'évacuation du pus ; ils n'ont jamais observé de températures élevées ou de longue durée, ni formes septicémiques ; ils n'ont jamais eu d'abcès para-articulaires ou de rétention toxique, et, ils ont été surpris de la rapidité des résultats conservant toujours l'intégrité fonctionnelle Dans les observations que nous rapportons, la méthode n'a été appliquée avec toute sa rigueur que dans le cas de Willems, avec d'ailleurs un excellent résultat. M. le professeur

Massabuau a jugé utile d'atténuer cette rigueur en mobilisant d'abord passivement l'articulation et le succès ne s'en est pas trouvé moins brillant.

L'observation III portant sur une arthrite infectieuse a elle aussi utilisé la méthode de Willems modifiée dans son opération et ses règles, la mobilisation a été précoce au lieu d'immédiate. La virulence devait être faible : elle ne mérite pas moins d'être retenue par son brillant résultat. Une objection pourrait être faite à priori : cette mobilisation active immédiate n'est-elle pas très douloureuse ? Non, si au début les mouvements sont maladroits et pénibles, s'il faut un effort pour les exécuter, il est très rare qu'il y ait une souffrance aiguë qui, alors se montre passagère. Au contraire, si des sensations douloureuses se manifestent, c'est, au dire des malades, dans le repos qu'elles apparaissent et, pour les voir cesser, il suffit de reprendre les mouvements.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement idéal des arthrites suppurées du genou est celui qui, tout en assurant un drainage parfait de l'articulation, prévient l'ankylose.

II. — L'arthrotomie doit être pratiquée dans tous les cas, arthrotomie latéro-rotulienne, complétée par une incision au point culminant du cul-de-sac sous-tricipital.

III. — La méthode de la mobilisation immédiate de l'articulation après l'intervention, préconisée par Willems, nous paraît être la méthode de choix dans les cas où l'infection articulaire est de moyenne intensité; elle doit être surveillée de très près et suspendue si des accidents inflammatoires surviennent.

IV. — Dans les cas d'arthrite purulente très septique, avec accidents septicémiques graves, la méthode est, à notre avis, plus discutable. Les quelques succès obtenus dans ces cas ne permettent pas encore de la généraliser.

V. — Dans l'observation princeps de notre travail, la mobilisation immédiate a permis d'obtenir la guérison avec la presque complète intégrité des mouvements actifs de l'articulation.

BIBLIOGRAPHIE

Mauclaire. — Les arthrites infectieuses. *Article du Nouveau Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.*

Jalaguier. — De l'arthrotomie. *Thèse d'agrégation de médecine,* 1886.

Chaput. — Traitement des arthrites purulentes du genou en chirurgie de guerre, 1915.

Forgue et Reclus. — *Thérapeutique chirurgicale,* 2e édit.

Depage (A.). — Ambulance de l'Océan, la Panne.

Willems (Ch.). — Communications à la Société de chirurgie de Paris, 1917, 1918, 1919.

Baudet (R.). — Rapport du 24 juin 1919 à la Société de chirurgie de Paris.

Gauthier. — Traitement des arthrites suppurées. *Thèse Lyon,* 1902.

Hervieux (Ch). — De l'arthrotomie. *Thèse Lyon,* 1915.

Testut et Jacob. — *Traité d'anatomie topographique.*

Depage (A.) et Delrez. — Observations d'arthrites suppurées traumatiques.

Chassaignac. — De la suppuration et du drainage chirurgical.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 21 février 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 20 février 1920.
Le Doyen,
MAIRET.